

Discapacidad: estigmas, cuerpos deseantes, sexualidades

Gabriela Silvana Serrano - Investigadora del Instituto de Estudios Antropológicos y
Filosofía de la Religión (FFyL-UNT) - lagabyserrano@hotmail.com

Palabras clave: discapacidad, cuerpos, sexualidad

Introducción

La discapacidad es un tema que convoca múltiples reflexiones. Este trabajo busca analizar algunas cuestiones relacionadas a los prejuicios en torno a la sexualidad de las personas con discapacidad. Un hecho frecuente es la invisibilización de la sexualidad de las personas con discapacidad, con lo que se oculta, niega, silencia u omite esta realidad. Mitos como la ausencia de sexualidad, las coloca en un lugar marginal, o tan privado como impensado; como si las personas con discapacidad estuvieran excluidas del territorio de la sexualidad. Refuerzan estos estigmas las imágenes y estereotipos asociados con el cuerpo: los cuerpos deseantes y deseados responden a otra estética y a otra lógica: una lógica de mercado que es la misma que define a los «normales». Sin embargo, la aparición del tema en muchas películas actuales que tratan sobre discapacidad, muestra la necesidad de hablar de su sexualidad. En este sentido, se puede observar el rol de los medios masivos de comunicación y la potencialidad del arte cinematográfico para desarticular falsas creencias y construir nuevos sentidos buscando visibilizar, problematizar, emancipar, o al menos inquietar.

Una revisión histórica sobre la discapacidad

Algunas revisiones históricas muestran la evolución en torno a la concepción de discapacidad. En este recorrido histórico se pueden diferenciar tres modelos:

El modelo de la prescindencia, que tuvo sus orígenes en la Antigüedad y Edad Media en Occidente, consideraba que las causas que dan origen a la discapacidad respondían a un motivo religioso. Las personas con discapacidad eran percibidas como una carga familiar y social. Las políticas que les concernían se centraban en prácticas eugenésicas y consideraban a las personas con discapacidad como seres no merecedores de la vida ya que por su deficiencia no estaban en condiciones de aportar nada a la comunidad, por lo que

era usual que el colectivo tuviera como destino la exclusión social o directamente su supresión física.

En la Edad Moderna surgió el modelo médico o rehabilitador, que aún hoy continúa siendo el paradigma hegemónico. Éste entiende que la discapacidad obedece a causas individuales y médicas y que por ello toda persona con discapacidad debe ser rehabilitada de modo que pueda ejercer normalmente su función en la sociedad. Este enfoque tuvo su auge en la década del '60 y considera a las personas con discapacidad como un problema, reduciendo su subjetividad a su deficiencia y exigiendo que sean ellas las que deben adaptarse al mundo y no al revés. En este sentido, la discapacidad es asumida como un incidente aislado y sin conexión con una problemática social más vasta y compleja. El modelo médico sobrepasó las barreras de la salud y se instaló en otros ámbitos, a la vez que justificó políticas centradas en la asistencia y la protección sin considerar el desarrollo y la autonomía personales.

Actualmente, nos encontramos transitando el camino hacia la construcción de un modelo social que considera que el origen de la discapacidad obedece a causas preponderantemente sociales, es decir, a una construcción y un modo de opresión social; se basa en una nueva forma de pensar y entender, que se contrapone al paradigma anterior representado en el modelo médico. El modelo social surgió hacia fines de la década del '60 a partir de la lucha de las propias personas con discapacidad y de organizaciones sociales que trabajaban en pos de los derechos del colectivo y que se unieron para condenar el estatus que tenían de "ciudadanos de segunda clase". Este enfoque reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y propone respuestas no sólo para este grupo sino para la sociedad en su conjunto. Se trata de una construcción colectiva entre las personas con y sin discapacidad porque reconoce en el entorno un actor clave para determinar el mayor o menor grado de participación de las personas con discapacidad. Desde esta perspectiva, una persona con discapacidad atraviesa una situación de desigualdad que puede modificarse a través de acciones tendientes a la remoción de barreras que impiden su total integración en la sociedad. El nuevo paradigma sienta sus bases en los derechos humanos, la igualdad de oportunidades y la no discriminación. A su vez, la dignidad y la autonomía aparecen como un valor fundamental en el camino hacia una perspectiva de la discapacidad basada en los derechos humanos.

En contraposición al modelo rehabilitador o médico, el modelo social coloca a la discapacidad como una característica más, dentro de la diversidad que existe entre las personas, y no como un limitante que define la vida de una persona condenándola a la discriminación y a la exclusión social.(Inadi, 2016 a, p. 6-9).

Este pasaje desde el paradigma de la prescindencia, al modelo rehabilitador y de allí a la actual concepción de discapacidad como resultado de la interacción entre el individuo y el contexto facilitador o discapacitante dan cuenta de un largo y valioso recorrido de reivindicaciones.

El reconocimiento de la diversidad a la luz del respeto por los derechos humanos marca un tiempo que podríamos llamar de rehabilitación de la sociedad en pos de lograr participación plena en la vida política y social, inclusión, igualdad, equiparación de oportunidades, eliminación de barreras físicas, sociales, económicas y culturales para las personas con discapacidad. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, pronunciada por la Organización de las Naciones Unidas 2006 así lo manifiesta en su Propósito. Ratificada en 2008 en nuestro país mediante la Ley N° 26.378, la Convención “representa un cambio total de paradigma al cuestionar la perspectiva asistencialista propia del modelo médico, que reproduce una visión parcial y estigmatizante de las personas con discapacidad, dando lugar al modelo social de la discapacidad que reconoce a éstas como sujetos de derechos y al contexto social como un factor clave para determinar el grado de participación del colectivo en la sociedad.” (Inadi, 2016 a, p.4).

La discapacidad como marca de anormalidad

Aunque los logros son evidentes, queda camino por andar. Porque el reconocimiento de estos derechos requiere en muchos casos la intervención del modelo médico, nomenclador de patología, ubicada en el individuo. Así, la persona con discapacidad debe exhibir el signo, la marca que coincide con los criterios de inclusión en una categoría diagnóstica. En el mismo acto que se define su discapacidad, en pos de la inclusión, “se redefinen las fronteras entre lo normal y lo patológico” (Frankel, 2008, p. 248) y se excluye al individuo del territorio de la normalidad; porque el lenguaje de las patologías es un lenguaje ligado al déficit, a la anormalidad y como tal incluye valoraciones que tienden a encasillar a las personas adscribiéndolas a una categoría diagnóstica, y a ubicar esas categorías en una jerarquía social (Gergen, 1996).

Los diagnósticos operan como códigos culturales que no son ajenos al poder. El lenguaje del déficit contribuye a la construcción social de un amplio conjunto de experiencias y aspectos de la vida humana representados en términos de ineptitud, incapacidad, carencia, síndrome, trastorno mental, etc. En este sentido podría decirse que en el mismo momento que se incluye a un individuo en una categoría diagnóstica se produce un movimiento en dos sentidos, mientras que por un lado se abren las posibilidades al derecho a la salud, la cobertura médica, la rehabilitación, a la inclusión, desde una lógica del cuidado; por el otro se excluye al individuo del territorio de la «normalidad» y sus lógicas dominantes, porque toda enfermedad conlleva un juicio negativo. Un aspecto muy estudiado por la antropología en el campo de la salud es el rol social del enfermo, es decir “*cómo se supone que debe comportarse un enfermo*”. Este rol está definido por dos exenciones y dos obligaciones: Se exime a la persona de responsabilidades normales, y no se le juzga responsable por su condición. A cambio, la persona debe reconocer que está enferma, como un estado inherentemente indeseable y debe desear el reestablecimiento, es decir, está obligada a buscar ayuda y cooperar con los procedimientos médicos. (Conrad, 1982, p.137). Las expectativas sociales que pesan sobre las personas con discapacidad impactan en todas las dimensiones de la vida cotidiana de éstas personas, incluyendo su identidad.

Discapacidad: mitos, prejuicios y estereotipos

Aún cuando la lucha contra los estigmas sociales asociados a la discapacidad tiene ganadas muchas victorias, los modelos sociales dominantes y las lógicas de mercado refuerzan mitos, prejuicios y estereotipos en los que las personas con discapacidad no encajan. Líder, jefe, gerente, modelo, cantante, maestra, pensador crítico, piloto, etcétera, cada uno tiene una forma preconfigurada, restrictiva; una imagen asociada en general a un cuerpo o una mente «normal», estándar, sano, productivo, estético. Esos estereotipos toman también el territorio de la sexualidad: la definición de los sujetos deseantes y de los cuerpos deseados responde a otra estética y a otra lógica que no es la de la discapacidad. Una lógica (de mercado) que es la misma que define a los normales y a sus cuerpos. Las personas con discapacidad quedan excluidas del territorio «normal» de la sexualidad. Su sexualidad se niega, invisibiliza o desconoce, como se desconocen las infinitas formas de sexualidad existentes, reduciéndolas a aquellas formas «aceptables» socialmente.

Del mismo modo que se construye el género, con una lógica binaria, una norma heterosexual, se construye el sexo, la sexualidad, las normas reguladoras y opresoras de las prácticas sexuales, que consolidan la idea de que la sexualidad es esa, descrita por las normativas. Como propuso Foucault en *Historia de la Sexualidad*, para pensar la sexualidad es necesario pensar, no las manifestaciones históricamente singulares o las representaciones o los comportamientos, sino la experiencia, “si entendemos por experiencia la correlación dentro de una cultura entre campos de saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad”. Para pensar la sexualidad es necesario analizar “los tres ejes que la constituyen: la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad.” (Foucault, 2003 p.6-7.) El imperativo heterosexual «normal» define cómo serán utilizados los cuerpos en la vida sexual: relaciones sexuales heterosexuales, penetrativas, y vinculadas a la reproducción. (Cabral, 2009). Así, la vida sexual parece pertenecer al grupo de los «normales adultos» mientras que continúan presente los estigmas que afectan a las personas con discapacidad: ellos no tienen sexo o no tienen interés sexual; “*son como niños*” (como muchas veces se banalizan a las personas con retraso mental), “¿*cómo lo harían?*” (respecto de dificultades motoras o físicas); “*no deberían procrear*” (en el caso de síndromes genéticos); “¿*con quién podrían ponerse de novios?*”, sólo por mencionar algunos de los prejuicios oídos.

En este sentido el documento de INADI: *Sexualidad sin barreras* (2016) enuncia y analiza en detalle los mitos y prejuicios más extendidos en el imaginario colectivo sobre las personas con discapacidad (PcD):

- Las PcD son asexuadas: no tienen deseos, no piensan en “eso”.

Debemos decir que las PcD piensan en su sexualidad y la ejercen.

Lo que sucede es que cargan con tantos tabúes que a veces se enfrentan a muchos obstáculos. Esto las lleva, en numerosas oportunidades, a tener que hacer ejercicio de sus derechos de manera clandestina, con poca información y sentimientos de culpa, todo lo cual puede poner muchas veces en riesgo su salud física y psicológica.

- Las PcD no necesitan tener relaciones sexuales. Solo necesitan cariño.

En sintonía con lo expresado en el ítem anterior, la sexualidad de las PcD resulta tan importante como para el resto. ¿Por qué debería ser diferente? En todo caso es sólo la persona interesada quien puede determinar lo que necesita.

- Las PcD son como niños, como angelitos.

La idea entre ingenua y angelical de las PcD niega la etapa evolutiva en la que estas se encuentran y las ubica en un lugar de dependencia extrema. Al negarles la condición de personassexuadas se visualiza como perverso cualquier acercamiento a la sexualidad.

- Las PcD tienen una sexualidad irrefrenable.

Como veíamos antes: este mito es la contracara del anterior. En general se atribuye a PcD intelectual o psicosocial, y carece de sustento real.

- Las PcD no pueden concretar “relaciones normales”.

Esta creencia suele referir a la idea de que ninguna persona con discapacidad motora puede “concretar” un coito o penetración, dando a su vez por supuesto que esta sería la única forma de consumir una relación sexual. Todas las personas pueden utilizar el conjunto de su cuerpo como órgano proveedor y dador de placer. Modificar estos modelos nos beneficia a todos y a todas porque nos abre un campo amplio de posibilidades. De todos modos, y aunque debemos interpelar el modelo de normalidad, lo cierto es que muchas PcD motora pueden mantener relaciones con penetración.

- Las PcD no son deseables ni atractivas.

Esta afirmación está fuertemente influida por el modelo hegemónico de belleza. Trabajar en la deconstrucción de estos estereotipos es beneficioso para toda la sociedad ya que casi ninguna persona responde al modelo que se considera como deseable y posible. El permanente intento de responder al ideal de belleza lleva a sistemáticas situaciones de insatisfacción y frustración.

- Las PcD no pueden o no deben tener hijos.

Estas ideas se basan en prejuicios que se fundamentan en creencias falaces tales como: la discapacidad se hereda a los hijos, una persona con discapacidad no puede cuidar con eficacia a sus hijos o hijas, es una carga para los propios hijos e hijas el tener padres o madres con discapacidad. Se trata de creencias que funcionan como mandatos y ejercen presión sobre las PcD para que no tengan hijos. La realidad es que mientras una persona tenga la capacidad de ahijar a alguien, protegerlo y tomar las decisiones que sean positivas para su bienestar, sea con apoyo o sin él, ésta se encuentra en condiciones de tener hijos y nadie debe decidir por encima de su voluntad, en igualdad de condiciones con el resto de las personas. Respecto del sufrimiento: no hay motivos reales ni aparentes

para que un niño o niña deba sufrir por tener madres o padres con discapacidad. En todo caso, si sufre discriminación, esta situación es responsabilidad de toda la sociedad porque responde a patrones culturales que deben modificarse, pero en ningún caso corresponde a que sean los colectivos de personas vulneradas quienes deban reprimir el ejercicio de sus legítimos derechos. Por otro lado, vivir dentro de esa familia (como vivir dentro de cualquier otra) le aportará sin dudas experiencias muy enriquecedoras desde una perspectiva de la diversidad. Ninguna familia es igual a otra y no hay una sola forma de ser familia.

- Las PcD no son objeto de abuso.

Esta idea encierra por lo menos dos preconceptos errados. Una es el prejuicio de creer que no son atractivas, por lo que se da por descontado que nadie las deseará. La otra idea errónea es que el abuso se relaciona con el deseo hacia una persona, cuando lo que está en juego en el abuso es el poder y el sometimiento a la víctima de abuso. Las PcD son objeto de abuso porque, al igual que otras personas, se encuentran muchas veces en relaciones jerárquicas donde otros tienen poder sobre ellas.

- Las PcD son siempre objeto de abuso.

Aquí nos encontramos nuevamente ante un prejuicio contradictorio. Esta idea no reconoce a quienes tienen alguna discapacidad como personas sino como objetos de manipulación: alguien imposibilitado de entablar una genuina relación de atracción y respeto mutuo en la cual las personas decidan estar juntas por voluntad propia.

- Las PcD que están institucionalizadas no deben tener relaciones sexuales.

El hecho de que en la mayoría de las instituciones no estén previstos lugares de intimidad para quienes viven allí, puede deberse probablemente a la falta de información y sensibilización de quienes toman decisiones en esas instituciones. Para las personas residentes en instituciones, vivir una sexualidad digna es posible en otras condiciones y es responsabilidad de las instituciones preverlo, modificando los paradigmas allí instalados e incorporando una mirada que tenga como eje a los derechos humanos. La dificultad claramente no está originada en la ausencia de deseos y posibilidades de las PcD para vivir una sexualidad plena.

- Las parejas de las PcD deben ser siempre PcD.

En muchos casos quienes tienen alguna discapacidad se sienten atraídos por otras personas en similar condición, argumentando que se permiten

compartir o sentirse comprendidas en algún tema puntual. El problema surge cuando se espera que las PcD solo mantengan vínculos de pareja con quienes se encuentran en su misma situación. Estas ideas pueden condicionar tanto a las PcD como a aquellas que se sienten atraídas por ellas. Comúnmente se sostiene que cuando una persona sin discapacidad se acerca a una persona con discapacidad lo hace con la finalidad de abusar de ella, sacar algún tipo de provecho o simplemente el acercamiento es objeto de burlas y comentarios descalificantes. (INADI, 2016 b, p.17-20)

Cuerpo y discapacidad

“Cada sociedad esboza, en el interior de su visión del mundo, un saber singular sobre el cuerpo: sus constituyentes, sus usos sus correspondencias, etcétera. Le otorga sentido y valor, las concepciones del cuerpo son tributarias a las concepciones de la persona” dice Le Breton (2002, p.8).

El cuerpo de la persona con discapacidad se presenta en los discursos hegemónicos como un cuerpo anómalo, monstruoso, desviado de la norma, asexuado, no reproductivo; un cuerpo al que algo le falta en comparación con un cuerpo modelo, un cuerpo discapacitado no solo para las exigencias de adaptación a la vida que propone esta sociedad, sino también para la intimidad del acto sexual. El modelo con que se compara no es sólo un modelo de cuerpo estético, sano, sino también un modelo de funcionamiento del cuerpo, impregnado por enunciados médicos científicos, pero sobre todo interesado en sostener un tipo particular de funcionamiento social y económico y cuyos enunciados son apropiados en mayor o menos medida por todos: un cuerpo productivo y reproductivo, adecuado y reformulado según las lógicas de la sociedad y el mercado actual. A estos se agregan los enunciados religiosos, pedagógicos y jurídicos, con sus imperantes efectos normativos y punitivos respecto de la sexualidad.

Tanto los modelos sociales como los estereotipos cristalizan significaciones, operan como organizadores de sentido, instituyen y legitiman las formas aceptadas como normales de la sexualidad y de quienes la ejercen. “La imagen asexuada, infantil y dependiente de las PcD es uno de los principales factores que inciden en la vulneración de sus derechos, en particular de los sexuales y reproductivos. Estas imágenes generan prácticas sociales discriminatorias, voluntarias o no, que afectan directamente a las personas. Los prejuicios funcionan como obstáculos sociales para el acceso a sus derechos” (INADI, 2016 b, p. 10).

Pero las construcciones de sentido no se dan de una vez y para siempre, no son estáticas e inmóviles, sino que están en constante movimiento: aparecen nuevos organizadores de sentido que desordenan, deslegitiman, des-disciplinan. “Como un efecto sedimentado de una práctica reiterativa o ritual, el sexo adquiere su efecto naturalizado y, sin embargo, en virtud de esa misma reiteración se abren brechas y fisuras que representan inestabilidades constitutivas de tales construcciones, como aquello que escapa a la norma o que la rebasa, como aquello que no puede definirse ni fijarse mediante la labor repetitiva de esta norma” (Corbin y otros, 2005, p. 29).

Discapacidad, matrimonio, maternidad, paternidad

El reconocimiento de la sexualidad de las personas con discapacidad no es solo el reconocimiento del derecho a disfrutar de una sexualidad placentera, saludable, sin presiones, represiones ni violencia, sino también el reconocimiento de la autonomía para ejercer su sexualidad con libertad. El derecho de las personas para decidir de forma independiente y privada sobre las formas de ejercicio de su sexualidad, las diversas formas de armar, o no, pareja o familia, de decidir sobre su capacidad y deseo reproductivo, ponen en tela de juicio más mitos y estereotipos asociados a la discapacidad.

La Convención sobre los Derechos de las PcD reconoce el derecho a tener hijos y a formar una familia. La única condición necesaria para cualquier persona es la de tener la capacidad de paternar o maternar a un hijo o hija, protegerlo, acompañarlo en su crecimiento, brindarle la contención emocional necesaria para un desarrollo satisfactorio. Puede ocurrir que algunas PcD puedan requerir algún apoyo puntual para ejercer este rol, por ejemplo: la necesidad de tener asistencia en la limpieza, encaminar tareas domésticas pesadas o bien llevar y traer del colegio a los hijos e hijas. Pero lo cierto es que en mayor o menor medida todas las personas necesitan de apoyos para ejercer estos roles.

La Convención sobre los Derechos de las PcD, ratificada por la República Argentina, señala que si una familia requiere algún apoyo para ejercer el rol de madre o padre, es obligación del Estado garantizarlo. El artículo 23 (sobre respeto del hogar y de la familia), compromete a los Estados Partes a garantizar el derecho al ejercicio de la maternidad inclusive brindando apoyos, si fueran necesarios, para que las PcD desempeñen sus responsabilidades en la crianza de hijas e hijos, especificando que en ningún caso se separará a un niño o niña de

sus padres o madres, por motivo de las discapacidad de alguno de ellos o ellas. En este sentido, dispone: ...1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las PcD en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las PcD estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que: a) Se reconozca el derecho de todas las PcD en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges; b) Se respete el derecho de las PcD a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos.” (INADI, 2016 b, p. 29-30)

A pesar de esto, han existido y continúan existiendo prácticas médicas, bastantes extendidas, de esterilización, de anticoncepción, de interrupciones de embarazos, etc. Prácticas involuntarias e impuestas que van a la par de una escasa accesibilidad real a información y a recursos adecuados para asistir a la personas con discapacidad para la toma de decisiones y el cuidado de su salud.

Mientras que las luchas feministas han permitido deconstruir o al menos desnaturalizar la imagen de mujer asociada a la maternidad; las personas con discapacidad continúan luchando para sostener el derecho a la maternidad, paternidad, como a la libre unión de pareja o conyugal. En este sentido cabe destacar que las desventajas sociales han sido mayores para las mujeres, quienes sufren la descalificación de su capacidad para maternar. Los estudios de género también ayudan a la comprensión de esta problemática, ya que los estereotipos que impactan en el grupo de personas con discapacidad son los mismos.

Por esto, tanto la sexualidad como la reproducción constituyen un lugar paradigmático para analizar las formas hegemónicas y dominantes de organización social y de control de los cuerpos. Como claramente lo anuncia Judith Butler: “la autonomía corporal es una vivaz paradoja” (Butler, 2006, p.41).

Cine y arte como formas de visibilización

Discursos científicos, políticos, religiosos, jurídicos, medios masivos de comunicación social, escuelas, novelas, cine, teatro, artes plásticas, producen y reproducen los

argumentos que instituyen y homogenizan prácticas sociales, entre éstas, las prácticas sexuales, invisibilizando lo diverso; violentándolo, excluyéndolo. “Los medios transmiten imágenes estereotipadas pero esas imágenes encuentran resonancia en las experiencias y prácticas de los sujetos. Mitos, estereotipos y creencias que no sólo transmiten los medios, arbitrariamente, sino que ya existen en la sociedad. (Gil, 2011, p.151). Se tratan de imágenes, discursos que construyen sentidos y producen consensos y que, la mayoría de las veces buscan conservar y reproducir el orden establecido.

En el territorio del cuerpo y de la sexualidad, los medios de comunicación son exactamente una de las fuentes de circulación de los discursos dominantes que “va a imponer a todos los sujetos la apropiación de ciertos elementos de conocimiento más o menos fragmentarios y más o menos confusos, pero gracias a los cuales dispondrán de un discurso teórico sobre el cuerpo referido a un cuerpo modelo y a un cuerpo universal, del que también forma parte el propio cuerpo” (Horstein, 1991, p.129). A partir de allí habrá un saber teórico sobre el cuerpo y por lo tanto sobre la realidad. El individuo se sirve de estos enunciados para dar forma a su sexualidad. Retomando el pensamiento de Foucault, es posible reconocer en estos discursos dominantes el modo en que poder fluye a través de distintas prácticas sociales e impacta en los cuerpos.

Imágenes de cuerpos musculosos, esculpidos, delgados, sensuales, eróticos, que marcan el estilo estético propio de la época, ofrecidas en calidad de cuerpos deseables y deseados aparecen repetidamente en publicidades, revistas, programas de televisión, páginas web, etc. Frente a esas imágenes, la persona con discapacidad, su cuerpo y su sexualidad continúa quedando afuera, invisibilizados.

El hecho de que muchas películas actuales narren historias biográficas o ficciones de amor y sexo entre personas con discapacidad evidencia un proceso de lucha y de resistencia contra esta invisibilización. Filmes como “Nacional 7” (2000); “Yo, también” (2009); “Hasta la vista” (2011); “Yes, we fuck!” (2015); “Los niños” (2016) invitan a la reflexión sobre esta problemática. Rita Segato propone que “el cine es la imagen proyectiva del inconciente social en un determinado tiempo histórico”. En este sentido “muchos best sellers cinematográficos hablan de esto: de las memorias que no aceptamos plenamente como nuestras, de los programas que hacen parte de nosotros pero por momentos se revelan ajenos, de la sospecha de que los códigos morales y jurídicos podrían ser un programa no elegido al que estemos sujetos, pero no de forma inescapable” (Segato, 2006, p. 14). Las películas que mencionamos, podría decirse que “hablan del extrañamiento y de la sospecha con respecto a códigos instalados que

programan y automatizan nuestro comportamiento con el apoyo de una creencia incontestable en la inevitabilidad del mundo que habitamos” (Segato, 2006, p.15). El cine puede pensarse entonces como una posibilidad para convocar la mirada y desde allí abrir la experiencia sobre la diversidad corporal y sexual. Se trata de una lucha simbólica y real. Una lucha que intente deconstruir las concepciones normativas y que permita visibilizar y descolonizar el cuerpo y la sexualidad de las personas con discapacidad al tiempo que les permite reconocerse como sujetos deseantes. Un desafío que apela a la lógica de muchos binomios: adulto- niño, erótico-infantilizado, civilizado- salvaje, lindo-feo, sano- enfermo; útil-inútil. Esta sería una lucha capaz de inaugurar y transformar nuevos sentidos a la luz de los derechos humanos, en especial, los derechos sexuales y reproductivos. No es que la sexualidad en las personas con discapacidad no existiera, sino que para que se vuelva visible, pensable, posible de nombrar, hace falta, al parecer, no solo hacer el amor, sino también, hacer arte. Y propaganda y militancia de la diferencia.

A modo de cierre

Quisiera compartir un poema que encontré en un blog y que invita a continuar la reflexión.

*Mi cuerpo no sirve, me dicen, para satisfacer la mirada masculina.
Mi cuerpo no sirve para aguantar ocho horas diarias de trabajo.
Mi cuerpo no sirve para ejercer la guerra, para parir un hijo ni para complacer a quien exige ser complacido.
Mi cuerpo es una línea divisoria entre mi luz y el mundo.
Pero mi cuerpo sirve para bailar, mal y torpe, bajo la lluvia cuando nadie lo mira.
Sirve para dar puñetazos y para salvarse solo.
Sirve para cultivar frutas, mancharse los dedos de barro y saborear el viento.
Mi cuerpo sirve como escondite para deseos no normativos.
Mientras mi sexo es un invierno dormido, mis nervios son un jeroglífico de orgasmos repartidos al azar por la piel.
Mi cuerpo no le sirve a nadie porque no está construido para la servidumbre.
Ningún cuerpo lo está.
Mi cuerpo está hecho para gozar la magia, para abrazar a las otras y parir fantasías, para sudar la vida hasta acabarla.*

Mi cuerpo ME sirve.

A mí.

Para sanarme.

Y sanar con las mías.

Algo para lo que la sociedad de fuera, esa que nos nombra discapacitadas nunca ha sido capaz ni ha servido de nada.

C. Callejo.¹

Referencias

- Baunman, Zygmunt (2012): *Esto no es un diario*. Ed. Paidós Buenos Aires. Argentina.
- Bosso, Cristina; Nader, Raul (Comp) (2017): *Antropología Siglo XXI. Cruce de Saberes V. Identidad, inclusión, exclusión*. Editorial Humanitas. Tucumán.
- Butler, Judith (2006): *Deshacer el género*. Paidós. Barcelona.
- Cabral, Mauricio (2009) Editor: *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Editorial Astraea.
- Conrad, Peter (1982): Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En *Psiquiatría Crítica*. Editorial Grijalbo. Madrid.
- Corbin, A; Cortine, J. ; Vigarello, G.(2005) : *Historias del cuerpo*. Volumen I. Editorial Taurus.
- Desviat, Manuel (2016): *Cohabitar la diferencia*. Editorial Grupo 5. España
- Fernández, Ana María. (1994). *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires, Paidós.
- Foucault, Michael (2000): *Los anormales*. Editorial Fondo de la Cultura. México
- Foucault, Michael (2003): *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. E. Siglo XXI. Argentina.
- Frankel, Daniel (2008): Eugenesia social en los tiempos del genoma. *Revista Psicol. Argum.* 2008 jul./set., 26(54), 245-265.
- Gergen, Kenneth (1996): *Las consecuencias culturales del discurso del déficit*. Ed. Taos Institute. USA.
- Gil, Ana Soledad (2011): Sobre mujeres, mitos, estereotipos y medios de comunicación. *Revista diálogos* Vol. 2N o. 1 Febrero 2011 ISSN: 1852-8481
- Han, Byung-Chul (2017): *La expulsión de lo distinto*. Editorial Herder. España
- Horstein, Luis (1991): *Cuerpo, historia e interpretación..* Editorial Paidós. Bs. As.
- INADI (2016 a): *Discapacidad y no discriminación*. Documento rescatado el 23/03/2018 de <http://201.216.243.171/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/discapacidad-y-no-discriminacion.pdf>
- INADI (2016 b): *Sexualidad sin barreras*. Documento rescatado el 23/03/2018 de <http://www.inadi.gob.ar/contenidos-digitales/wp-content/uploads/2016/03/sexualidad-sin-barreras.pdf>
- Le Breton, David (2002): *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ed. Nueva Visión, Bs. As.
- Segato, Rita (2006): *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Prometeo Libros.

¹ Extraído de <https://www.facebook.com/contralascuerdasblog/posts/1459897557427716:0>. Rescate del - 11/03/2017.